

Erwerbsunfähigkeitsmeldung

Name, Vorname: _____ AHV Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____ Strasse-Nr.: _____

Beruf: _____ Vertrag-Nr.: _____

1. Beginn der Erwerbsunfähigkeit (Tag/Monat/Jahr) _____

2. Ist die Erwerbsunfähigkeit auf eine Krankheit oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ?

3. Die Anmeldung ist erfolgt bei der IV am _____

dem Unfallversicherer am _____

der MV am _____

der kollektiven Krankentaggeldversicherung am _____

(Name/Agentur) _____

(Bitte legen Sie Kopien von bereits erhaltenen Verfügungen und/oder Abrechnungen bei)

4. Grad der Erwerbsunfähigkeit _____ % vom _____ bis _____

_____ % vom _____ bis _____

_____ % vom _____ bis _____

5. Namen & Adressen der behandelnden Ärzte (Bitte legen Sie bereits vorhandene Arztberichte und/oder Unfallscheine bei)

6. Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder (Bitte Ausbildungsbestätigung beilegen)

Name, Vorname : _____ Geburtsdatum: _____

7. Vollmacht der versicherten Person

Der/Die Unterzeichnende ermächtigt hiermit den ärztlichen Dienst des Rückversicherers, Einsicht in sämtliche Akten seines/ihrer Versicherungsfalles zu nehmen bei IV, MV, Unfallversicherern, Krankenkassen Taggeldversicherungen und allenfalls ausländischen Sozialversicherern, bzw. Auskunft darüber einzuholen.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Groupe Mutuel Vorsorge
Rue des Cèdres 5
1920 Martigny

8. Wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst?

Ja

Nein

Wenn ja, wann ? _____

9. Renten sind zu vergüten auf:

PC-Konto Nr. lautend auf: _____

Bank-Konto Nr. bei der: _____

lautend auf: _____

(Die BVG-Sammelstiftung zahlt direkt an die versicherte Person)

10. Durch den Arbeitgeber auszufüllen

Letzte Arbeitsperiode vor Erwerbsunfähigkeit vom _____ bis _____

Entsprechender AHV-Lohn CHF _____

Bemerkungen:

Beilagen:

Ort und Datum:

Unterschrift des Arbeitgebers: